

世帯主	フリガナ 氏名	住所 電話 — —	被保険者記号・番号					
	個人番号		29					

異動事由	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16	異動区分	<input type="checkbox"/> 擬制	<input type="checkbox"/> 全一	<input type="checkbox"/> 端末入力	<input type="checkbox"/> 端末入力	<input type="checkbox"/> 混合世帯	<input checked="" type="checkbox"/> 課税台帳	(世帯主は記入不要 届出に來た方)	代理人住所 フリガナ氏名	関係 ()
	出転 保離 生入		社保 の 脱止	生保 の 他	組合 の 脱	組合 の 脱	職権 の 出	後期 の 加入		後期 の 加入	

該当者	氏名(フリガナ)		生年月日	性別	続柄	職業	事由	資格取得・喪失年月日	備考	加入届出書
				・	男・女				・	・
	個人番号			男・女				・	・	
	個人番号			男・女				・	・	
	個人番号			男・女				・	・	

住民異動事項	<input type="checkbox"/> 転入	新	年 月 日	<input type="checkbox"/> 社保喪失 <input type="checkbox"/> 社保加入 会社名	年 月 日	電話 — — 保険の種類 記号・番号	処理方法	交付	・	・
	<input type="checkbox"/> 転出							旧	電話 — — 保険の種類 記号・番号	郵便
<input type="checkbox"/> 住所変更	変更	年 月 日	電話 — — 保険の種類 記号・番号	回収	・	・				
<input type="checkbox"/> 主変				未	・	・				

1月1日現在の住所	被保険者証(又は資格確認書)は紛失のため返還できませんが、資格喪失後の診療については、市に負担をかけないことを誓約します。	受付				
<input type="checkbox"/> 出産 年 月 日 <input type="checkbox"/> 死亡 年 月 日	<input type="checkbox"/> 助産費 <input type="checkbox"/> 育児手当金 <input type="checkbox"/> 葬祭費	年 月 日 氏名				